

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Definisi Keluarga

Menurut WHO keluarga yaitu unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari beberapa orang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan. Keluarga merupakan dua individu atau lebih menjalankan kehidupan bersama karena ikatan darah, ikatan pernikahan dan pengangkatan, dan hidup dalam tempat tinggal yang sama serta saling berinteraksi satu dengan lainnya untuk menjalankan peran dan tanggung jawab masing-masing (Friedman, 2010)

Secara umum, keluarga didefinisikan sebagai suatu unit terkecil dalam masyarakat yang merupakan landasan dasar dari semua institusi. Keluarga yaitu suatu kelompok dua orang atau lebih yang memiliki hubungan pertalian darah, memiliki jaringan interaksi interpersonal, hubungan pernikahan dan adopsi (Bakri, 2017).

2.1.2 Tujuan Dasar Keluarga

Ada beberapa tujuan dasar bentuk keluarga yaitu :

1. Keluarga memiliki pengaruh besar dalam perkembangan individu
2. Keluarga menjadi penghubung bagi harapan anggota keluarga dalam kebutuhan serta tuntutan dimasyarakat
3. Menjaga kasih sayang antar anggota keluarga, menyeimbangkan sosial ekonomi serta kebutuhan seksual dengan mencukupi kebutuhan dasar anggota keluarga.

4. Keluarga berpengaruh terhadap pembentukan identitas dan harga diri individu.

Beberapa alasan keluarga menjadi fokus sentral dalam perawatan keluarga yaitu :

- a. Sebuah unit keluarga apabila terjadi penyakit, cedera atau perpisanahan bisa berdampak pada anggota keluarga yang lain.
- b. Status kesehatan anggota keluarga memiliki hubungan yang kuat dan signifikan
- c. Mengurangi resiko bahaya dari pola hidup keluarga serta lingkungan dengan merawat kesehatan keluarga yang berpusat pada perawatan diri, pendidikan kesehatan ataupun konseling.
- d. Faktor resiko yang terjadi pada keluarga diakibatkan adanya masalah dari salah satu anggota keluarga.
- e. Keluarga menjadi system pendukung yang sangat penting untuk kebutuhan individu dalam keluarga (Andarmoyo, 2012).

2.1.3 Tipe keluarga

Terdapat beberapa tipe keluarga yaitu keluarga tradisional dan modern, pada kedua tipe keluarga ini terdapat beberapa perbedaan diantaranya:

1. Tipe keluarga tradisional

Tipe keluarga tradisional menunjukkan sifat-sifat homogen yang dimana keluarga memiliki struktur tetap dan utuh, beberapa ciri dari keluarga tradisional yaitu :

a. Keluarga inti (*Nuclear Family*)

Keluarga inti meliputi ayah, ibu dan anak yang tinggal dalam satu rumah saling berinteraksi dalam kesehariannya.

b. Keluarga Besar (*Exstended Family*)

Keluarga ini adalah gabungan dari ayah, ibu, anak atau keluarga inti dan ditambah dengan anggota keluarga lain yang masih memiliki hubungan darah seperti paman, bibi, sepupu.

c. Keluarga pasangan inti (*Dyat*)

Komponen anggota yang terdapat didalamnya meliputi suami dan istri yang baru menikah dan belum memiliki anak.

d. Keluarga *single parent*

Single parent adalah kondisi seseorang yang tidak memiliki pasangan lagi, hal ini dikarenakan bercerai ataupun meninggal dunia, dan *single parent* ini menyaratkan adanya anak baik anak kandung ataupun adopsi artinya *single parent* haruslah sudah pernah menikah sebelumnya.

e. Keluarga bujang dewasa (*Single Adult*)

Seseorang yang berada jauh dari keluarga yang tinggal dirumah kontrakan maka orang dewasa inilah yang disebut dengan *single adult*, meski telah mempunyai pasangan disuatu tempat tapi dia terhitung *single* di tempat lain.

2. Tipe keluarga modern

Ini merupakan suatu bentuk perkembangan sosial masyarakat, relasi sosial yang sangat luas membuat manusia sering berinteraksi dan membuat

mereka saling membutuhkan, mereka kemudian bersepakat untuk hidup bersama baik secara legal maupun tidak. Ada beberapa tipe keluarga modern diantaranya:

a. *The unmarried teenage mother*

Kehidupan bersama orang tua dan anak tanpa adanya pernikahan

b. *Reconstituted nuclear*

Keluarga yang tadinya berpisah, kemudian kembali membentuk keluarga inti melalui perkawinan kembali, dan tinggal bersama dengan anak-anaknya baik anak sebelum perkawinan atau hasil dari perkawinan.

c. *The stepparent family*

Kehidupan keluarga bersama orang tiri

d. *Commune family*

Kehidupan bersama didalam keluarga dengan anak tanpa adanya hubungan saudara.

e. *The nonmerital heterosexual cohabiting family*

Kehidupan berganti-ganti pasangan dalam keluarga tanpa ada pernikahan.

f. *Gay and lesbian families*

Dua orang sejenis kelami yang sama dan memiliki keinginan seks serta hidup bersama selayaknya suami dan istri

g. *Cohibiting couple*

Dalam suatu kondisi perantauan memutuskan untuk hidup dalam satu tempat tinggal yang sama tanpa ada suatu pernikahan dan hidup seperti keluarga.

h. *Group marriage family*

Dua orang dewasa yang terikat dalam suatu ikatan pernikahan tinggal dalam suatu rumah tangga bersama dan menjalankan kewajiban rumah tangga bersama

i. *Foster family*

Anak yang diterima dalam suatu keluarga dengan tanpa adanya ikatan keluarga dalam waktu tertentu dengan ketentuan akan dikembalikan kepada keluarga kandungnya.

j. *Institusional*

Anak atau orang dewasa yang tinggal dalam panti.

(Susman, 1974 dalam Bakri, 2017)

2.1.4 Struktur keluarga

Ada 4 struktur keluarga yaitu :

1. Pola komunikasi keluarga

Pola interaksi dalam keluarga hendaknya memiliki keterbukaan, kejujuran berfikir positif dan menyelesaikan konflik bersama dalam keluarga, komunikasi yang bermakna antara pendengar dan pembicara yang kemudian menimbulkan umpan balik dan melakukan validasi. Bagi keluarga dengan pola komunikasi kurang terbuka maka akan menyebabkan berbagai

macam persoalan, karakteristik pola komunikasi yang kurang baik yaitu, fokus pembicaraan hanya pada satu orang saja, tidak ada diskusi dalam keluarga, anggota hanya menyetujui entah benar ataupun salah, dan hilangnya rasa empati dalam keluarga, sehingga menjadi keluarga yang tertutup.

2. Struktur peran

Merupakan perilaku yang diinginkan berdasarkan posisi sosial yang diberikan, peran keluarga menggambarkan perilaku interpersonal yang berhubungan dengan masalah kesehatan dalam posisi dan situasi tertentu (Bakri, 2017).

3. Struktur kekuatan

Menggambarkan adanya kekuasaan atau kekuatan dalam sebuah keluarga yang digunakan untuk mengendalikan dan mempengaruhi anggota keluarga yang lain kearah yang positif. Kekuasaan merupakan kemampuan seseorang dalam mengontrol, mempengaruhi dan mengubah tingkah laku seseorang.

4. Nilai-nilai dalam kehidupan keluarga

Sebuah system, sikap, perilaku dan kepercayaan yang menyatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga menjadi petunjuk untuk kemajuan norma dan peraturan. Norma yaitu tingkah laku yang baik bagi pandangan masyarakat yang bersumber pada system nilai yang ada dikeluarga (Friedman dalam Bakri 2017)

2.1.5 Fungsi Keluarga

Beberapa fungsi keluarga yaitu :

1. Fungsi Biologis

Fungsi biologis digunakan untuk mempertahankan fungsi kesehatan, menjaga serta membesarkan anak, menyediakan makan dan melakukan rekreasi. Pengetahuan serta pemahaman mengenai fertilisasi, melakukan perawatan selama kehamilan, terbiasa mengkonsumsi makan yang sehat serta merawat anak dengan baik.

2. Fungsi Ekonomi

Keluarga harus mempunyai pengetahuan tanggung jawab dan keterampilan yang sesuai dalam memenuhi syarat fungsi ekonomi keluarga. Fungsi yang dimiliki harus menjamin keamanan finansial seluruh anggota keluarga, memenuhi sumber penghasilan dan memilih alokasi sumber yang dibutuhkan.

3. Fungsi psikologis

Memberikan lingkungan untuk menumbuhkan kemajuan kepribadian secara natural sebagai perlindungan psikologis yang terbaik. Peraturan fungsi keluarga yang harus dilakukan yaitu menjaga perasaan dengan baik sesama anggota keluarga, menjaga emosi, keahlian dalam menangani stres dan krisis.

4. Fungsi edukasi

Memberikan pengetahuan, sikap dan keterampilan, fungsi yang dimiliki harus memenuhi peraturan, keluarga harus memiliki

tingkat intelegensi yang terdiri dari keterampilan, pengetahuan dan pengalaman yang sesuai.

5. Fungsi sosiokultural

Menjalankan nilai yang berhubungan dengan tradisi, perilaku dan bahasa. Peraturan yang harus dilakukan yaitu mengerti derajat nilai yang dibutuhkan, memberikan contoh norma perilaku yang baik dan mempertahankannya (WHO, 1978 dalam Andarmoyo Sulisty, 2012)

2.1.6 Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

Terdapat 5 tugas keluarga yang perlu dijalankan, diantaranya yaitu :

1. Mengenal masalah kesehatan yang terjadi pada setiap anggota keluarga
perubahan yang terjadi pada anggota keluarga akan menjadi perhatian serta tanggung jawab keluarga, jika terjadi perubahan maka segera analisa terkait dampak dari perubahan pada anggota keluarganya, setiap anggota keluarga harus siap untuk menerima perubahan kesehatan dalam keluarganya.
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan kesehatan sesuai dengan keputusan keluarga.

Keluarga memiliki peran utama dalam dalam mencari solusi yang tepat atas keadaan keluarga, salah satu anggota harus menjadi penentu keputusan dan tindakan yang harus dilakukan. Masalah kesehatan dalam keluarga sebisa mungkin harus di minamilisir dengan cara menerapkan hidup sehat dalam keluarga.

3. Membantu keluarga yang sakit yang disebabkan karena kecacatan atau karena usia dengan memberikan perawatan yang sesuai, selanjutnya jika terjadi masalah yang lebih parah segera bawa anggota keluarga yang sakit ke unit pelayanan kesehatan terdekat.
4. Rumah sehat harus dimiliki setiap keluarga, keluarga harus bisa memberikan asupan lingkungan yang baik bagi kesehatan anggota keluarganya.
5. Keluarga mampu memanfaatkan dan menggunakan fasilitas kesehatan terdekat dengan menjaga hubungan timbal balik kepada lembaga kesehatan (Fredman, 1981 dalam Harnilawati, 2013).

2.2 Konsep Skizofrenia

2.2.1 Definisi Skozofrenia

Skizofrenia adalah salah satu penyakit otak yang timbul akibat ketidakseimbangan *dopamine*, yang merupakan sel kimia dalam otak, *skizofrenia* merupakan gangguan psikotik paling lazim yaitu hilangnya perasaan afektif atau respon emosional serta menarik diri dari hubungan antar pribadi normal yang biasanya diikuti dengan delusi dan halusinasi (Masriadi, 2016). *Skizofrenia* adalah suatu bentuk psikosa dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan trauma karena waham dan halusinasi, asosisasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi (Direja, 2011). *Skizofrenia* merupakan gangguan psikotik kronik yang ditandai dengan

gangguan pada proses pikir, berkomunikasi, emosi dan perilaku serta gangguan menilai realita, pemahaman diri buruk dan kemunduran hubungan interpersonal (Caturini, 2014). *Skizofrenia* adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008 dalam Nuraenah, 2012).

2.2.2 Tanda Dan Gejala *Skizofrenia*

Secara umum gejala skizofrenia terbagi menjadi 2 yaitu :

1. Gejala positif

Halusinasi, yaitu persepsi panca indera yang tidak sesuai dengan kenyataan. Penderita *skizofrenia* mungkin melihat sesuatu atau mendengar suara-suara yang sebenarnya tidak dan tidak jarang pula mengalami suatu sensasi yang tidak biasa dalam tubuhnya, klien merasakan ada suara dari dalam dirinya adalah gejala yang biasanya dirasakan oleh penderita.

gejala yang biasanya timbul yaitu Delusi, merupakan pemikiran yang salah dan tidak sesuai kenyataan namun tetap dipertahankan sekalipun banyak bukti mengenai pemikiran yang salah tersebut.

Kebanyakan klien tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika karena terjadi kegagalan dalam berpikir yang mengarah pada masalah dimana klien *skizofrenia* tidak mampu mengatur pikirannya. Kegagalan dalam proses berpikir berakibat pada ketidakmampuan mengendalikan perasaan serta emosi. Hasilnya,

kadang penderita *skizofrenia* tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memedulikan sekitarnya.

2. Gejala negatif

Gejala ini disebut negatif karena penderita *skizofrenia* kehilangan ciri khas atau fungsi normal dari seseorang, klien kehilangan minat dan motivasi dalam hidup yang membuatnya menjadi orang pemalas dan menjadi apatis diikuti dengan emosi yang datar disebabkan oleh tumpulnya perasaan. Klien skizofrenia kurang atau tidak mampu menampakkan ekspresi emosi yang sesuai dengan perilaku, sikap masa bodoh, menarik diri dari pergaulan sosial, bicara terhenti-henti, menurunnya kinerja atau aktivitas sehari-hari, (Azizah, 2016).

2.2.3 Etiologi Skizofrenia

Ada banyak penyebab dari *skizofrenia* diantaranya yaitu sebagai berikut:

1. Faktor Biologis

- a. Infeksi
- b. Perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus pernah dilaporkan pada orang dengan *skizofrenia*.
- c. Hipotesis *Dopamine*

Dopamine merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala *skizofrenia*, disebabkan oleh aktifitas neuron pada jaras dopamin mesolimbik. Hal ini diperkuat dengan adanya penemuan dimana *amfetamin* yang

bekerja untuk meningkatkan pelepasan *dopamine* dapat menginduksi psikosis yang mirip dengan *skizofrenia*.

2. Faktor genetik

Faktor genetik turut menentukan timbulnya *skizofrenia*, anak dengan salah satu orangtua, kakak laki-laki maupun perempuan menderita *skizofrenia* derajat penurunan yaitu 7-16% bila kedua orangtua maka terjadi peningkatan sebesar 40-68%, (Luana, 2007 dalam Prabowo, 2014).

3. Gangguan Anatomik

Ada kecurigaan terhadap kelainan atau kerusakan pada beberapa struktur anatomi otak yang berperan, seperti: *lobus temporal*, *system limbic* dan *reticular activating system*. Kemungkinan budaya atau adat yang dianggap terlalu berat bagi seseorang dapat menyebabkan seseorang menjadi gangguan jiwa.

2.2.4 Klasifikasi *Skizofrenia*

Skizofrenia terbagi menjadi 4 jenis yaitu :

1. *Skizofrenia disorganized*

Seseorang yang mengalami *skizofrenia disorganized* akan menarik diri dari kontak dengan manusia dan cenderung menunjukkan sebuah perilaku dan gerak tubuh yang konyol seperti anak-anak. Sekali, beberapa hari tau bulan dalam waktu yang lama seseorang akan mengalami delusi dan halusinasi yang bermakna atau tidak bermakna seperti kata "*disorganized*".

2. *Skizofrenia katatonik*

Seseorang dengan *skizofrenia katatonik* dicirikan dengan perilaku yang tidak normal yang muncul dalam bentuk keadaan tidak bergerak sama sekali seperti orang pingsan, namun sebenarnya sepenuhnya sadar terhadap lingkungan dan dirinya sendiri. *Skizofrenia* jenis ini gambaran klinisnya didominasi oleh sekurangnya dua dari hal-hal berikut:

- a. Imobilisasi motorik seperti yang ditunjukkan oleh *katalepsi* (termasuk fleksibilitas lilin) atau stupor.
- b. Aktivitas motorik yang berlebihan (yang tampaknya tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal).
- c. Negativisme yang ekstrem atau mutisme.
- d. *Ekolalia* atau *ekopraksia*.

3. *Skizofrenia paranoid*

Delusi biasanya muncul dalam bentuk sebuah system yang terelaborasi didasarkan pada pemaknaan yang salah terhadap kejadian tertentu, mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak dan kurang percaya pada orang lain

4. *Skizofrenia* tidak tergolongkan

Diagnosis ini digunakan ketika klien tidak memenuhi kriteria dari 3 jenis *skizofrenia* diatas atau memenuhi kriteria untuk lebih dari 1 jenis:

a. *Skizofrenia Hebefrenik*

Skizofrenia Hebefrenik sering dialami oleh remaja berkisar antara usia 15 tahun sampai 25 tahun, gejala mulanya terjadi secara perlahan atau sub akut, dengan gejala yang paling menonjol adalah terjadi gangguan pada proses pikir, kemauan, dan terjadi dipersonalisasi atau *double personality*.

b. *Skizofrenia simplex*

Skizofrenia jenis ini untuk pertama kalinya terjadi di masa puber dimana manifestasi klinis utamanya yaitu dapat dilihat pada ketidakstabilan emosi dan kemunduran dalam kemauan. Pada tipe ini gangguan proses pikir, waham dan halusinasi sulit untuk ditemukan dan di evaluasi.

c. *Skizofrenia Residual*

Keadaan kronis dari *skizofrenia* dengan riwayat sedikitnya satu periode episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang ke arah yang negatif dan lebih menonjol (Laura, 2010 dalam Masriadi, 2016).

2.2.5 Penatalaksanaan *Skizofrenia*

Terdapat banyak penatalaksanaan berupa terapi yang bisa diberikan untuk penderita *skizofrenia*. Beberapa macam terapi dapat dikombinasikan dengan terapi lain dalam jangka waktu yang relatif cukup lama. Pemberian terapi berupa farmakologi, psikoterapi, dan rehabilitasi serta terapi psikososial pada *skizofrenia* seperti terapi

individu, terapi kelompok, terapi keluarga, rehabilitasi psikiatri, latihan keterampilan sosial merupakan macam terapi yang dapat diberikan untuk penderita skizofrenia. (Hawari, 2009).

1. Terapi farmakologi

Terdapat dua jenis antipsikotik yaitu atipikal dan tipikal

a. Obat Golongan Tipikal

Bekerja menghambat jalur *dopamine*, *neuroleptik* yang termasuk pada golongan ini adalah *chlopomazin*, *haloperidol*, *loxapine*, *prolixin*. Pada *skizofrenia* kronis akan diberikan obat bernama *Haloperidol* yang mempunyai efek antipsikotik tinggi atau kuat sedangkan efek sedatifnya cenderung lemah. Golongan obat ini lebih efektif jika digunakan untuk mengatasi gejala positif dari *skizofrenia* dan kurang efektif digunakan untuk penderita dengan gejala negatif.

b. Obat Atipikal

Merupakan obat antipsikotik golongan ke 2 digunakan untuk mengatasi gejala seperti: keinginan bunuh diri, pasif dalam interaksi sosial atau menurun interaksi dan defisit kognitif, bekerja dengan memblokir reseptor serotonin, beberapa contoh obat antipsikotik golongan ini adalah *clozapine*, *resperidon*, *amisulpide*.

Berdasarkan onset terapi farmakologi dibagi menjadi dua yaitu :

a. Fase psikosis akut

Digunakan *benzodiazepine* yang memberikan efek ketenangan dengan cepat akibat dari agitasi, halusinasi, maupun delusi.

b. Fase maintenance dan stabilisasi

Usaha farmakologi difokuskan untuk menekan potensi kekambuhan dengan cara rutin dan teratur mengonsumsi obat karena jika dihentikan resiko kambuh adalah 72% pada satu tahun pertama sehingga pengobatan harus dilakukan minimal 5 tahun (Sadock & Sadock, 2010)

2. Terapi Nonfarmakologi

a. Terapi menggunakan ECT (Electro Convulsive Therapy)

b. Terapi yang berorientasi pada keluarga

Karena pasien dikembalikan dalam keadaan remiten maka penting untuk memberikan edukasi kepada keluarga terkait cara mengantisipasi masalah yang mungkin timbul pada klien.

2.3 Konsep Defisit Perawatan Diri

2.3.1 Definisi

Defisit perawatan diri merupakan kondisi dimana individu mengalami kelainan atau gangguan pada saat melakukan atau menyelesaikan aktivitas secara mandiri yang menjadi salah satu masalah paling sering muncul dan dialami individu dengan gangguan jiwa (Yusuf, 2015). Defisit perawatan diri merupakan keadaan dimana individu mengalami kelemahan dalam melakukan hal untuk melengkapi

aktifitas perawatan diri sehari-hari secara mandiri (Fitria, 2009). Defisit perawatan diri adalah gangguan melakukan aktifitas perawatan diri (mandi, berhias, makan serta toileting) yang seharusnya kegiatan tersebut bisa dilakukan secara mandiri (Direja, 2011).

2.3.2 Klasifikasi Defisit Perawatan Diri

Jenis-jenis defisit perawatan diri yaitu :

- a. Defisit perawatan diri mandi
- b. Defisit perawatan diri berdandan (ganti pakaian)
- c. Defisit perawatan diri makan dan Minum
- d. Defisit perawatan diri eliminasi (Yosep, 2011).

2.3.3 Etiologi Defisit Perawatan Diri

Defisit perawatan diri muncul akibat beberapa faktor diantaranya yaitu :

A. faktor predisposisi yang menyebabkan individu mengalami kelemahan dalam perawatan diri adalah:

- 1) Perkembangan: kebiasaan keluarga yang terlalu memanjakan dan melindungi atau dengan kata lain terlalu *over protectif* terhadap klien sehingga menyebabkan perkembangan inisiatif menjadi terganggu.
- 2) Biologis: faktor biologis berkaitan dengan adanya suatu kondisi kelainan ataupun penyakit kronis yang menjadikan klien kesulitan dalam melakukan perawatan diri sendiri.

3) Kemampuan realitas menurun

Perilaku dan sikap acuh tak acuh serta tidak peduli terhadap lingkungan dan diri sendiri termasuk perawatan dirinya terjadi karena penurunan kemampuan realitas yang dialami oleh klien *skizofrenia*.

4) Sosial

Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri, penurunan latihan kemampuan perawatan diri karena tidak adanya dukungan sosial dapat menyebabkan klien mengalami defisit perawatan diri (Tarwoto dan Wartonah dalam Dermawan dan Rusdi, 2013).

B. Faktor presipitasi

1) *Body image*

Body Image berpengaruh terhadap perawatan diri seseorang misalnya dengan adanya perubahan pada anggota tubuh tertentu menyebabkan individu tidak peduli dan mengabaikan kebersihan dirinya.

2) Praktik sosial

Kebiasaan-kebiasaan yang diajarkan pada anak-anak menentukan pola *personal hygiene* dimasa mendatang seperti kebiasaan anak yang selalu dimanja dalam kebersiahn diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola *personal hygiene*.

3) Status sosial ekonomi

Seseorang dengan tingkat ekonomi rendah mungkin mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri karena *Personal hygiene* memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampoo dan alat lain dan tentunya itu memerlukan biaya untuk mendapatkannya.

4) Pengetahuan

Tingkat pendidikan dan pengetahuan yang baik terkait *personal hygiene* dapat meningkatkan kesehatan individu dalam perawatan diri sendiri maupun keluarga yang sakit.

5) Budaya

Pada sebagian masyarakat menganggap bahwa individu dengan sakit tertentu tidak boleh dimandikan sehingga dapat berpengaruh terhadap kebersihan diri atau *personal hygiene*.

6) Kondisi fisik atau psikis

Pada suatu kondisi seperti sakit maka kemampuan dalam merawat diri berkurang sehingga memerlukan bantuan orang lain untuk melakukannya (Darmawan & Rusdi, 2013)

Sedangkan faktor prespitasi timbulnya masalah defisit perawatan diri yang lain ialah, penurunan motivasi, kerusakan kognisi serta cemas, lelah yang dialami klien sehingga kurang perawatan diri (Direja, 2011).

2.3.4 Tanda Dan Gejala

a. Mandi / hygiene

Individu mengalami ketidakmampuan dalam mandi meliputi membersihkan seluruh badan, memperoleh air, tidak mampu mengatur suhu air untuk mandi, memperoleh fasilitas berupa alat-alat untuk mandi, mengeringkan tubuh setelah mandi, serta tidak mampu masuk dan keluar dari kamar mandi, tidak berkeinginan untuk mandi secara teratur.

b. Berpakaian/berhias

Kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, menaruh dan mengambil baju, melepas pakaian, serta memperoleh atau berganti pakaian, tidak bias menggunakan pakaian dalam, pakaian berkancing ataupun berslteting, memakai kaos kaki dan sepatu, rambut tidak disisir, kumis tidak di cukur.

c. Makan

individu mengalami ketidakmampuan dalam mempersiapkan, mengambil, mengunyah dan menelan makanan serta membersekan alat-alat makan dan mencucinya setelah makan, makan berceceran dan tidak rapi layaknya individu yang normal dan tidak mampu mengambil cangkir atau gelas.

d. BAB / BAK

Klien memiliki keterbatasan atau ketidakmampuan dalam mendapatkan jamban atau kamar kecil, duduk atau bangkit dari jamban, memanipulasi pakaian untuk toileting, membersihkan diri

setelah BAB / BAK dengan tepat, dan menyiram toilet atau kamar kecil, sering menahan keinginan untuk melakukan defekasi atau berkemih tanpa bantuan (Direja, 2011).

Sedangkan tanda gejala menurut (Depkes, 2000 dalam Abdul, 2015) ada beberapa tanda gejala yang muncul pada kasus defisit perawatan diri yaitu:

1. Fisik

Terdapat bau badan, pakaian yang kotor, rambut kusut, kulit kering dan kotor, kuku panjang dan kotor, gigi kotor, bau mulut dan penampilan acak-acakan.

2. Psikologis

Kurang adanya minat dalam diri, pemalas, tidak ada inisiatif, menarik diri dari lingkungan dan orang lain, merasa lemah dan tidak berdaya, rendah diri.

3. Psikomotor

Interaksi kurang, kegiatan kurang, tidak mampu berperilaku sesuai norma, cara makan tidak teratur, BAK & BAB disembarang tempat, gosok gigi dan mandi tidak bisa mandiri.

4. Afek

Klien merasa gampang bosan, lamban melakukan sesuatu, afek yang tumpul dan motivasi perawatan diri menurun.

5. Kognitif

Penurunan daya konsentrasi, inkoherensi dalam berfikir, terjadi halusinasi dan mengalami disorientasi.

perawatan diri. Kurang perawatan diri dapat dilihat dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri, makan secara mandiri, berhias diri secara mandiri, dan toileting BAK/BAB secara mandiri (Yosep, 2009 dalam Rini 2016).

2.3.7 Dampak Defisit Perawatan Diri

Dampak yang dapat timbul akibat masalah Defisit Perawatan Diri (DPD) yaitu:

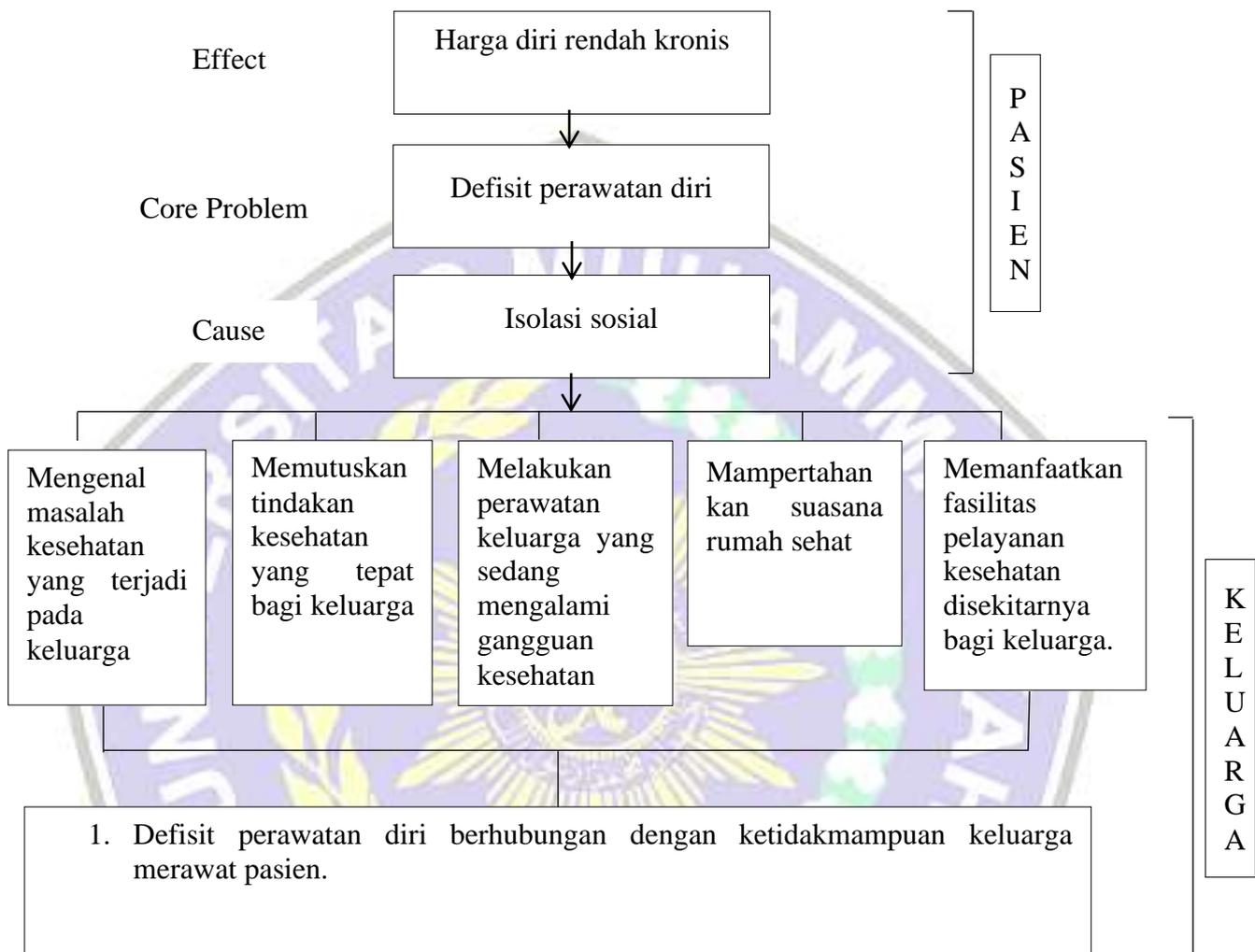
a. Dampak fisik

Terdapat banyak gangguan kesehatan yang dapat terjadi akibat kebersihan diri yang tidak terjaga atau terabaikan seperti gangguan pada kulit, membrane mukosa mulut, hingga terjadi berbagai infeksi akibat virus bakteri, dan parasit yang dapat terjadi pada kuku, mata dan telinga.

b. Dampak psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan kebersihan diri adalah gangguan kebutuhan rasa aman nyaman, kebutuhan untuk dicintai dan mencintai, harga diri, interaksi social dan aktualisasi diri (Azizah, 2016).

2.3.8 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri



Gambar 2.2 pohon masalah defisit perawatan diri (fitria, 2012)

2.4 Konsep Terapi Psikoedukasi Keluarga

2.4.1 Definisi Psikoedukasi

Psikoedukasi adalah salah satu intervensi yang bisa diberikan kepada individu, keluarga, maupun kelompok dan fokus untuk mendidik partisipannya mengenai tantangan dalam hidup, selain itu membantu partisipan mengembangkan sumber-sumber dukungan, salah satunya

dukungan sosial yang dapat digunakan untuk menghadapi tantangan tersebut, dan mengembangkan keterampilan *coping* untuk menghadapi tantangan tersebut. (Griffith, 2006 dikutip dari Walsh, 2010). Terapi Psikoedukasi keluarga mampu meningkatkan kognitif sebab dalam terapi tersebut mengandung unsur edukasi yang dapat meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan tehnik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala-gejala penyimpangan perilaku, serta peningkatan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri.

Psikoedukasi keluarga adalah salah satu elemen program perawatan Kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi (Stuart Laraia, 2015). Psikoedukasi merupakan suatu intervensi yang dapat dilakukan diberbagai kelompok atau rumah tangga. Terapi ini bisa menggunakan sebuah media seperti *leaflet*, *booklet*, poster ataupun video berupa eksplorasi yang diperlukan dan kehadiran keluarga adalah kunci keberhasilan dari intervensi ini. Perawat dapat membina hubungan saling percaya supaya dapat melakukan pengkajian yang tepat dan dapat memberikan edukasi kepada keluarga tentang bagaimana psikoedukasi ini memberikan manfaat bagi mereka, gangguan emsional dapat diatasi dan meningkatkan strategi koping yang efektif (Supratiknya, 2010).

Menurut Walsh (2010), psikoedukasi dapat dijadikan sebagai intervensi tunggal ataupun dapat dikombinasi dengan intervensi yang lainnya seperti terapi suportif yang disusun berdasarkan pendekatan psikoanalisa. Corsini dan Wedding (2011) mengemukakan bahwa terapi

dengan pendekatan psikoanalisa bertujuan untuk membina hubungan secara menyeluruh sehingga klien dapat mengungkapkan sumber dasar dari permasalahan yang dialami. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Harkomah dkk (2018) menunjukkan bahwa terapi suportif merupakan salah satu terapi yang dapat berpengaruh pada keterampilan sosialisasi pada penderita *skizofrenia*. Sedangkan *self help group therapy* bertujuan untuk meningkatkan empati antar sesama keluarga untuk saling memberikan penguatan dan dukungan serta motivasi untuk membentuk sebuah koping yang adaptif.

2.4.2 Tujuan Psikoedukasi

Terapi ini bertujuan untuk mencegah kekambuhan pasien gangguan jiwa, meningkatkan fungsi pasien dan keluarga sehingga dapat diterima di masyarakat kembali atau dengan kata lain mempermudah pasien kembali ke lingkungannya dengan memberikan sebuah *rewards* atas keberhasilan sosialnya. Meningkatkan kognitif keluarga tentang penyakit dan pengobatan, mengurangi beban keluarga, melatih keluarga untuk bisa mengungkapkan perasaan, bertukar pandangan antar anggota keluarga atau orang lain (Keliat dan Akemat, 2011).

Menurut aderson 1986 tujuan utama psikoedukasi keluarga adalah mengurangi kekambuhan pada salah satu anggota yang mengalami skizofrenia, meningkatkan stabilitas atau pengetahuan dari keluarga (kognitif). Selain bertujuan untuk *treatment* psikoedukasi juga sebagai rehabilitasi bagi penderita *skizofrenia*. Psikoedukasi juga didasarkan pada kekuatan partisipan dan lebih fokus pada saat ini dan masa depan daripada kesulitan-kesulitan di

masa lalu (Walsh, 2010). Tujuan psikoedukasi yang lain adalah meningkatkan *self efficacy* keluarga dalam melakukan perawatan anggota keluarga yang sakit dengan meningkatkan coping adaptif dan mengurangi beban yang dirasakan oleh keluarga.

Self efficacy merupakan suatu hasil interaksi dari lingkungan eksternal, dengan mekanisme penyesuaian diri serta kemampuan personal, pengalaman dan Pendidikan. Psikoedukasi dapat meningkatkan *Efficacy* seseorang dimana menurut Bandura terdapat 4 kunci untuk menurunkan dan meningkatkan *self efficacy* seseorang yaitu terletak pada pengalaman yang menetap dan pengalaman yang dirasakan sendiri, bujukan sosial dan keadaan psikologis (Niu, 2010).

Psikoedukasi menjadi proses *empowerment* guna mengembangkan dan memperbaiki keterampilan yang telah dimiliki untuk menekan munculnya suatu gangguan mental yang tidak hanya bertujuan untuk *treatment* tetapi juga rehabilitasi. Hal ini berkaitan dengan mengajarkan seseorang mengenai suatu metode pemecahan masalah sehingga tingkat stres dapat diminimalisir atau diturunkan. Tujuan umum dari psikoedukasi keluarga adalah menurunkan intensitas emosi dalam keluarga sampai pada tingkat yang rendah. Tujuan khusus antara lain (Varcarolis, 2006)

- a. Meningkatkan pengetahuan anggota keluarga tentang penyakit dan pengobatan
- b. Memberikan dukungan kepada keluarga dalam upaya menurunkan angka kekambuhan atau serangan berulang pada penyakit yang diderita.
- c. Mengembalikan fungsi pasien dan keluarga.

- d. Melatih keluarga untuk lebih bisa mengungkapkan perasaan, bertukar pandangan antar anggota keluarga dan orang lain.
- e. Melakukan penelitian yang berkelanjutan tentang perkembangan keluarga.

Psikoedukasi juga dapat ditujukan untuk mengoptimalkan pemberdayaan keluarga dalam melaksanakan fungsinya yaitu melakukan perawatan kesehatan anggota keluarga yang sakit. Dimana dalam perawatan kesehatan keluarga harus terlibat dalam keseluruhan proses terapeutik sehingga keluarga mampu menjadi sumber pelayanan kesehatan yang efektif dan utama (Friedman, 1998 dalam Damayanti Rika, 2014). Dengan demikian Pemberdayaan keluarga ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kapasitas keluarga agar dapat menjadi pelindung yang handal untuk keluarganya sendiri (Keliat, 2003 dalam Damayanti Rika, 2014).

2.4.3 Model Psikoedukasi

Terdapat tiga model psikoedukasi antara lain :

1. *Model Skills Deficit Atau Life Skills*

Model ini merupakan kerangka pikir yang menyatakan bahwa seseorang akan menunjukkan penguasaan keterampilan sosial yang buruk karena tidak memiliki respon spesifik tertentu atau sebenarnya punya namun gagal untuk menerapkan sebagaimana mestinya. Maka bentuk intervensi dapat dilakukan dengan mengajarkan secara langsung jenis atau keterampilan yang dibutuhkan.

2. Model Tugas Perkembangan

Konsep tugas perkembangan memiliki dua manfaat bagi penyelenggara program psikoedukasi yaitu membantu menemukan dan merumuskan tujuan dari psikoedukasi dan menunjukkan saat yang tepat dalam memberikan terapi psikoedukasi kepada keluarga.

3. Model Ragam Bantuan

Ragam bantuan adalah istilah yang digunakan untuk membedakan jenis-jenis psikoedukasi berdasarkan bidang kehidupan yaitu social, akademik dan bidang karir. Menurut (Bhattacharjee, 2011) ada 6 jenis psikoedukasi yaitu :

a. *Information Model*

Peningkatan kognitif keluarga terkait penyakit dan *management* penatalaksanaan sangat diutamakan pada model ini, tujuan dari model ini yaitu meningkatkan kesadaran keluarga terkait penyakit dan menambah partisipasinya dalam penatalaksanaan pasien.

b. *The Skills Training Model*

Model ini dikembangkan secara terstruktur dan sistematis pada perilaku yang spesifik sehingga kemampuan individu dalam mengatasi masalah kesehatan dapat ditingkatkan.

c. *The Supportive Model*

Metode terapi psikoedukasi ini menggunakan pendekatan yang memberikan dukungan kepada klien maupun keluarga untuk berbagi perasaan dan pengalaman sehingga kapasitas emosional meningkat ditunjukkan dengan coping adaptif.

d. *Comprehensive Model*

Model ini adalah campuran sekaligus modifikasi dari *information model*, *skills training model*, dan *supportive model*, dimana model ini bisa dipakai untuk anggota keluarga dari klien yang akhirnya berpartisipasi dalam pemberian psikoedukasi bersama professional lainnya.

e. *The Multiple Family Group Therapy Model*

Model ini lebih ditekankan pada pengakomodasian penatalaksanaan penyakit dengan cara menambah sitem dukungan sosial sehingga ansietas dan kebingungan dapat diminimalisir dalam strategi koping adaptif.

f. *The Behavioral Family Management Model*

Pada model ini intervensi keluarga diberikan untuk meningkatkan mekanisme koping adaptif dan efektif sehingga klien dapat menghindari efek buruk akibat stress ekstrenal atau lingkungan, memberikan pengetahuan kepada keluarga tentang bagaimana merencanakan implementasi untuk rehabilitasi klien.

2.4.4 Tahapan dalam Psikoedukasi Keluarga

1) Sesi 1 (pengkajian masalah)

Mengidentifikasi masalah yang timbul di keluarga karena salah satu anggota keluarganya sakit hal ini dilakukan oleh seluruh anggota keluarga yang terlibat dalam perawatan klien

2) Sesi 2 (perawatan klien oleh keluarga)

Edukasi mengenai masalah yang dialami klien menjadi fokus utama, edukasi yang diberikan berkaitan dengan diagnosa medis dan keperawatan yang dialami klien.

3) Sesi 3 (management stress oleh keluarga)

Membantu mengatasi masalah individu serta keluarga dalam merawat klien, dimana pada tahap ini perawat mengajarkan bagaimana management stress terutama pada caregiver.

4) Sesi 4 (*management* beban keluarga)

Sesi ini membutuhkan kontribusi dari seluruh anggota keluarga karena pada sesi ini Bersama-sama mencari pemecahan masalah.

5) Sesi 5 (pemberdayaan komunitas membantu keluarga)

Pemberdayaan sumber diluar keluarga untuk memberikan dukungan pada keluarga, sumber dukungan yang sebelumnya ada dapat hilang atau terbatas karena kebutuhan untk merawat anggota keluarga yang sakit (Stuart, 2009).

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan yang sistematis untuk bekerja sama dengan keluarga dan individu sebagai anggota keluarga, meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana dan pelaksanaan perencanaan serta penilaian (Padila, 2012).

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian adalah proses yang berkesinambungan, maka dari itu perawat harus mengumpulkan data terkait kondisi dan situasi klien yang lalu atau riwayat keadaan yang sebelumnya dan riwayat kesehatan saat ini, sehingga informasi yang diperoleh dapat digunakan untuk menentukan intervensi selanjutnya, hal-hal yang dikaji dalam keluarga adalah:

1. Data Umum

a. Identifikasi kepala keluarga

berupa nama inisial kepala keluarga, usia produktif antara 20-30 tahun menjadi prevalensi terbesar dalam *skizofrenia*, jenis kelamin laki-laki lebih beresiko terjadi *skizofrenia*, pekerjaan, Pendidikan dan pengetahuan turut berperan dalam mekanisme coping yang baik terhadap stresor, agama, genogram dalam 3 generasi dan hubungan dengan klien (Kemenkes, 2014 dalam Zahro, 2018).

b. Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis atau tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut (Andarmoyo, 2012). Keluarga inti sangat berperan dalam proses penyembuhan klien defisit perawatan diri.

c. Suku bangsa

Mengetahui suku bangsa tersebut, dan mengidentifikasi budaya atau kebiasaan-kebiasaan yang berhubungan dengan kesehatan (Bakri, 2017).

d. Agama

Mengetahui agama pasien dan keluarganya serta mengetahui sejauh mana kesehatan keluarga dijaga melalui ajaran agama (Bakri, 2017).

e. Status sosial ekonomi dalam keluarga

Status sosial ekonomi dapat dilihat dari pendapatan yang diperoleh dan siapa pencari nafkah dalam keluarga tersebut, sosial ekonomi menengah kebawah dapat menjadi pemicu terjadinya defisit perawatan diri. Perawatan keluarga bisa terpenuhi dan bisa menjaga kesehatan pada anggota keluarganya apabila status sosial ekonomi dalam keluarga berkecukupan (Bakri, 2017).

f. Aktifitas rekreasi dalam keluarga

Melakukan rekreasi bisa mengurangi taraf stress dalam keluarga yang mengakibatkan beban fikiran sehingga timbul penyakit, bentuk rekreasi tidak hanya dilihat kemana pergi bersama keluarganya. melainkan hal-hal sederhana yang bisa dilakukan dirumah seperti menonton televisi (Bakri, 2017).

2. Riwayat Dan Tahap Perkembangan Keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Hubungan dan komunikasi keluarga apakah ada permasalahan atau perdebatan dalam keluarga, seperti halnya permasalahan ekonomi yang kurang berkaitan dengan masalah kesehatan yang dihadapi keluarga karena ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan yang terjadi (Susanto, 2012).

b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Memberikan penjelasan tentang penyebab dari tahapan keluarga yang belum dilakukan seperti dari tugas pada perkembangan keluarga (Susanto, 2012).

c. Riwayat yang terjadi pada keluarga inti

Mengkaji kesehatan pada seluruh anggota keluarga, riwayat penyakit yang beresiko menurun, upaya pencegahan penyakit dengan imunisasi, fasilitas kesehatan yang pernah diakses, perubahan yang terjadi dan berkaitan dengan kesehatan (Bakri, 2017).

d. Riwayat keluarga sebelumnya

Mengkaji riwayat keluarga besar baik dari suami maupaun istri untuk mengetahui adanya penyakit yang bersifat genetik (Bakri, 2017).

3. Data Lingkungan

a. Karakteristik rumah

Mengkaji posisi rumah pada denah perkampungan yang menjadi tempat tinggal keluarga saat ini, bagaimana kondisi sekitar rumah, lingkungan yang bersih turut membantu proses penyembuhan klien dan sebaliknya.

b. Karakteristik tetangga dan komunitas

Perlu dilakukan pengkajian mengenai keadaan rumah dan aktifitas yang dilakukan setiap hari, biasanya pasien dengan defisit perawatan diri cenderung menarik diri dari komunitasnya.

c. Mobilitas geografis keluarga

Kebiasaan keluarga apakah berpindah tempat, riwayat mobilitas keluarga seperti transport yang digunakan dan kebiasaan pergi dari rumah misalnya bekerja, klien defisit perawatan diri cenderung tinggal dirumah.

d. Perkumpulan keluarga dengan masyarakat serta interaksi didalam keluarga

Mengkaji mengenai komunikasi keluarga dengan tetangga atau masyarakat dilingkungannya, biasanya keluarga dengan salah satu anggota keluarga yang menderita *skizofrenia* mendapat stigma atau pandangan negatif dari orang disekitarnya sehingga dapat memepengaruhi hubungan interaksi sosialnya. Hubungan interaksi keluarga dengan anggota keluarga yang menderita *skizofrenia* cenderung sedikit komunikasi karena klien DPD yang juga cenderung apatis.

e. System pendukung dalam keluarga

Mengkaji adanya masalah kesulitan dalam keuangan, yang bisa diselesaikan dengan adanya dukungan dari keluarga, selain itu dukungan keluarga ada dua yaitu dukungan internal dari suami ke istri atau sebaliknya dan dukungan eksternal yang berasal dari keluarga besar dan sosial (Friedman, 2010).

4. Struktur Keluarga

a. Pola komunikasi keluarga

Keluarga mampu menjelaskan komunikasi dengan anggota yang lain, pesan akan diasampaikan dengan bahasa dalam keluarga, yang terjadi secara langsung maupun tidak langsung dan mengetahui rahasia yang ingin di diskusikan.

b. Struktur kekuatan keluarga

Menentukan siapa yang berperan sebagai pengambil keputusan dalam keluarga seperti mengelola keuangan, keputusan dalam pekerjaan, tempat tinggal, menentukan bagaimana kegiatan dan kedisiplinan anak termasuk pengambilan keputusan pengobatan bagi anggota yang menderita *skizofrenia* dengan masalah defisit perawatan diri.

c. Struktur peran

Memberikan penjelasan tentang tugas anggota keluarga yang digunakan untuk membantu memberikan dukungan keluarga yang mengalami atau menghadapi masalah *skizofrenia* dengan defisit perawatan diri (Efendy & Makhfudi, 2009).

d. Struktur nilai dan norma keluarga

Mengetahui nilai dan norma yang dimiliki dalam keluarga dengan kelompok komunitas dalam penanganan *skizofrenia* dengan defisit perawatan diri (Mubarok, 2010).

5. Fungsi Keluarga

a. Fungsi afektif

Mengkaji seperti apa gambaran dari keluarga serta seperti apa keluarga menumbuhkan sikap saling menghargai baik dengan masyarakat ataupun anggota keluarga yang sakit maupun sehat (Andarmoyo, 2012).

b. Fungsi sosialisasi

Mengkaji interaksi atau hubungan yang ada di keluarga seperti sampai dimana anggota keluarga belajar disiplin, norma dan perilaku (Andarmoyo, 2012).

c. Fungsi perawatan kesehatan

Keluarga harus siap merawat anggota keluarganya apabila ada yang mengalami perubahan dalam kesehatannya, khususnya pada *skizofrenia* dengan defisit perawatan diri yang dirawat dirumah (Wahid, 2012).

d. Fungsi reproduksi

Mencari tahu seperti apa keluarga dalam merencanakan jumlah anak, serta program yang dilakukan keluarga dalam pengendalian jumlah anak (Bakri, 2017).

e. Fungsi ekonomi

Mengkaji seberapa besar perjuangan keluarga dalam mencukupi keperluan seluruh anggota keluarga ditambah dengan biaya pengobatan anggota keluarga yang menderita *skizofrenia* dengan defisit perawatan diri baik dalam penyediaan fasilitas pendukung perawatan diri ataupun dalam aspek farmakologi (Mubarak, 2010).

6. Stres Dan Koping Keluarga

Menyebutkan stressor dalam jangka pendek (ditangani dalam kurun waktu <6 bulan) dan stressor jangka panjang (ditangani dalam kurun waktu >6 bulan) mencari alasan seperti apa strategi yang digunakan keluarga dalam menghadapi merespon serta menyelesaikan stressor misalkan pada stigma yang negatif dari masyarakat terkait penyakit *skizofrenia* ataupun defisit perawatan diri (Bakri, 2017).

7. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara *head to toe* pada setiap anggota keluarga baik yang sakit ataupun sehat. Observasi yang dapat dilakkan untuk untuk mengetahui apakah seseorang mengalami defisit perawatan diri yaitu :

- a. Gangguan kebersihan diri, ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan berbau, kuku panjang dan kotor.
- b. Ketidakmampuan berhias ditandai dengan rambut acak-acakan pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pasien laki-laki tidak sesuai, pasien perempuan tidak berdandan.
- c. Ketidakmampuan makan secara mandiri, ditandai dengan ketidakmampuan mengambil makanan sendiri, makan berceceran dan tidak pada tempatnya.
- d. Ketidakmampuan defekasi/miksi ditandai dengan berkemih dan defekasi tidak pada tempatnya, tidak memebersihkan diri dengan baik setelah berkemih atau defekasi (Keliat, 2011)

8. Status mental

a. Penampilan

Pasien dengan defisit perawatan diri cenderung memiliki penampilan fisik meliputi: kondisi badan bau, pakaian lusuh, rambut kotor, kuku tidak dipotong, gigi kotor dan biasanya terjadi ketidaksesuaian dalam menggunakan pakaian.

b. Pembicaraan

Pada klien dengan defisit perawatan diri bisa terjadi apatis yaitu kurang mampu memulai pembicaraan ataupun membisu dan banyak diam.

c. Aktivitas motorik

Klien *skizofrenia* dengan defisit perawatan diri pada aktivitas motorik cenderung mengalami hipomotorik terkait dengan perubahan mood dan minat sehingga malas untuk beraktivitas, termasuk acuh terhadap perawatan dirinya.

d. Alam perasaan

Klien *skizofrenia* dengan defisit perawatan diri berada dalam alam perasaan yang cenderung hanya terfokus pada stressor yang membuatnya murung, putus asa dan tidak memiliki mood yang baik dalam perawatan diri.

e. Afek

Klien *skizofrenia* dengan defisit perawatan diri bisa muncul afek datar, tumpul, labil, atau tidak sesuai.

f. Interaksi selama wawancara

Dalam interaksi, klien *skizofrenia* dengan defisit perawatan diri bisa saja kooperatif, ataupun tidak kooperatif, tergantung dengan mood yang dirasakan saat wawancara berlangsung.

g. Persepsi

Pengalaman halusinasi dan ilusi pada klien defisit perawatan diri mungkin terjadi dan mempengaruhi proses perawatan dirinya.

h. Proses pikir

1) Isi fikir, Pada klien *skizofrenia* dengan defisit perawatan diri terjadi perubahan isi pikir menjadi depersonalisasi, waham atau isolasi sosial yang membuatnya mengalami defisit perawatan diri.

2) Arus pikir, klien *skizofrenia* dengan defisit perawatan diri mengalami perubahan arus pikir seperti *reeming*, *blocking* atau kehilangan asosiasi berhubungan dengan kerusakan pada hipotalamus.

i. Tingkat kesadaran

Klien *skizofrenia* dengan defisit perawatan diri bisa terjadi gangguan pada tingkat kesadaran seperti bingung ataupun disorientasi, namun klien mungkin juga tidak mengalami gangguan pada aspek ini.

j. Memori

Penderita *skizofrenia* mungkin saja mengalami gangguan dalam mengingat jangka panjang ataupun jangka pendek.

k. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pada klien *skizofrenia* biasanya lebih sukar dalam berkonsentrasi dalam konsentrasi, sehingga kemampuan untuk berhitung menurun.

l. Kemampuan penilaian

Penderita *skizofrenia* kurang mampu melakukan penilaian dikarenakan tidak mampu membedakan antara realita dan abstrak.

m. Daya tilik diri

Pada klien *skizofrenia* dengan defisit perawatan diri dapat terjadi gangguan daya tilik diri berhubungan dengan *skizofrenia* yang dialami, entah mengingkari ataupun menyalahkan hal diluar dirinya, namun kurang berpengaruh terhadap perawatan dirinya.

9. Pemeriksaan Tambahan

Apabila diindikasikan mengalami masalah atau gangguan lain seperti penyakit fisik yang memerlukan penegakan diagnosa dengan dukungan pemeriksaan penunjang atau tambahan.

10. Harapan Keluarga

Harapan keluarga terhadap masalah yang dialami anggota keluarganya dan harapan kepada petugas kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga secara optimal dan berkesinambungan demi kesembuhan pasien.

2.4.1 Prioritas Masalah

Skala prioritas yang digunakan untuk mengurangi resiko, menambah perawatan, serta pengobatan dan juga digunakan dalam pengambilan keputusan. Data yang didapatkan kemudian dianalisis yang pada akhirnya digunakan untuk menentukan pemetaan penanganan yang cocok untuk klien. Menggunakan proses skoring dengan skala prioritas yang dirumuskan oleh Bailon dan Maglaya (1978) yaitu :

Table 2.1 : skala prioritas keperawatan keluarga

| No | KRITERIA | SKOR | BOBOT |
|----|----------------------------------|------|-------|
| 1. | Sifat masalah | | 1 |
| | a. Tidak/kurang sehat | 3 | |
| | b. Ancaman kesehatan | 2 | |
| | c. Krisis/ keadaan sejahtera | 1 | |
| 2. | Kemungkinan masalah dapat diubah | | 2 |
| | a. Mudah | 2 | |
| | b. Sebagian | 1 | |
| | c. Tidak dapat | 0 | |
| 3. | Potensi masalah untuk dicegah | | 1 |
| | a. Mudah | 1 | |
| | b. Cukup | 2 | |
| | c. Rendah | 2 | |

| | | | |
|----|--|---|---|
| 4. | Menonjolnya masalah | | |
| | a. Masalah yang benar-benar harus ditangani | 2 | 1 |
| | b. Ada masalah tetapi tidak segera ditangani | 1 | |
| | c. Masalah tidak dirasakan | 0 | |

Sumber : Bakri 2017

Rumusan perhitungan skor menurut Bailon dan Maglaya (1978) dalam Bakri (2017).

$$\frac{\text{Skor yang diperoleh}}{\text{Skor tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

1. Menentukan angka dari skor tertinggi terlebih dahulu
2. Skor yang digunakan berasal dari skor prioritas, pilihlah skor dalam masing – masing kriteria
3. Skor yang diperoleh dibagi dengan skor yang tertinggi
4. Selanjutnya dikali dengan bobot skor
5. Jumlah skor dari keseluruhan kriteria.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yaitu suatu keputusan tentang keluarga, masyarakat yang diperoleh dengan melakukan pengumpulan data serta analisa data dengan akurat, hal ini dilakukan perawatan untuk tindakan selanjutnya (Mubarok, 2007 dalam Bakri, 2017). Maka diagnosa yang muncul adalah: Defisit Perawatan Diri: (Kebersihan diri, Makan, Berdandan, BAK/BAB) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Dimana ketidakmampuan merawat oleh keluarga ini dapat menjadi salah satu etiologi terjadinya defisit perawatan diri, karena keluarga tidak mampu menjalankan lima tugas keluarga sehingga timbulah masalah DPD.

2.4.3 Intervensi Keperawatan pada Keluarga

a. Tujuan

Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami masalah DPD.

b. Rencana Tindakan Keperawatan

- 1) Diskusikan dengan keluarga tentang masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien defisit perawatan diri.
- 2) Jelaskan pentingnya perawatan diri untuk mengurangi stigma
- 3) Diskusikan bersama keluarga terkait fasilitas untuk perawatan diri klien.
- 4) Anjurkan keluarga untuk berpartisipasi dalam perawatan diri klien dengan membantu mengingatkan klien dalam merawat diri
- 5) Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian atas keberhasilan klien dalam merawat diri.
- 6) Latih keluarga terkait bagaimana cara merawat klien yang mengalami defisit perawatan diri (Ah. Yusuf, 2015)

Intervensi Keperawatan yang paling efektif untuk keluarga dengan salah satu anggota keluarga yang mengalami *skizofrenia* dengan defisit perawatan diri adalah Psikoedukasi. Psikoedukasi dapat dijadikan sebagai intervensi tunggal, atau dapat dikombinasikan dengan intervensi lainnya guna membantu partisipan menghadapi tantangan kehidupan (Walsh, 2010). Keefektifan pemberian intervensi psikoedukasi keluarga telah diuji dalam beberapa penelitian sebagai berikut:

Tabel 2.3 Analisis Jurnal Ilmiah

| Reference Including: Title, Author, Volume In Page Number | Objectif | Studi Design | Population | Result | Country |
|--|---|--|--|---|------------------|
| <p>Efektivitas intervensi psikoedukasi keluarga terhadap kekambuhan pasien skizofrenia</p> <p>Rini Gusya Liza Bahagia Loebis, Vita Camellia</p> <p>Majalah Kedokteran Andalas Vol. 42 No. 3 September 2019 Hal 128-136</p> | <p>Tujuan penelitian ini Untuk menilai pengaruh dari intervensi psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan, pemberdayaan anggota keluarga serta tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia.</p> | <p>Desain penelitian ini menggunakan metode <i>true experimental pre post test with control group</i>.</p> | <p>49 Reponden : 24 orang merupakan kelompok <i>caregiver</i> yang mendapatkan terapi farmakologi ditambah dengan terapi psikoedukasi keluarga selama 3 sesi, yaitu sesi pertama (<i>joining session</i> tahap bergabung atau tahap awal pengenalan) pada sesi kedua <i>educational workshop</i> atau (lokakarya tentang Pendidikan diberikan edukasi melalui seminar materinya terkait dengan pengertian, penyebab dan pengobatan serta perawatan</p> | <p>Intervensi psikoedukasi keluarga meningkatkan pemberdayaan keluarga dalam perawatan diri klien dan menekan angka kekambuhan pada pasien skizofrenia.</p> | <p>Indonesia</p> |

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|-----------|
| | | | <p>penyakit, serta pengertian dari psikoedukasi sendiri) sedangkan pada sesi ketiga yaitu <i>ongoing psikoeducation sessions</i> (sesi psikoedukasi berkelanjutan yang difokuskan pada sosialisasi, identifikasi isu-isu saat ini, dan <i>problem solving</i>) dilakukan selama 6 bulan.</p> <p>25 orang lagi merupakan kelompok kontrol yaitu caregiver yang hanya mendapatkan terapi farmakologi saja.</p> | | |
| Pengaruh Terapi Psikoedukasi Keluarga terhadap <i>Self Efficacy</i> Keluarga dan Sosial | Untuk mengetahui pengaruh terapi psikoedukasi | Design Quasi eksperimen dengan <i>pre-post test with</i> | 32 responden dibagi menjadi kelompok kontrol dan intervensi | Hasil penelitian menunjukkan adanya perubahan yang signifikan | Indonesia |

| | | | | | |
|--|--|------------------------------|--|---|--|
| <p>Okupasi Klien <i>Schizophrenia</i></p> <p>Rina Kartikasari, Iyus Yosep, Aat Sriati</p> <p>JKP - Volume 5 Nomor 2 Agustus 2017</p> | <p>keluarga terhadap <i>self efficacy</i> keluarga dan sosial okupasi klien <i>schizophrenia</i></p> | <p><i>control group.</i></p> | <p>masing-masing 16 orang dilakukan pengukuran <i>self efficacy</i> dalam melakukan perawatan diri pada klien sebelum dan sesudah diberi intervensi. Psikoedukasi diberikan dalam 4 sesi, setelah mendapatkan sampel dilakukan 3 kali kunjungan pada kelompok intervensi, sesi 1 dan 2 dilakuakn dalam 1 kali kunjungan di minggu pertama yang mengidentifikasi masalah yang timbul dikeluarga untuk dicari solusinya pada tahap sesi 1 sedangkan ada sesi</p> | <p>pada <i>self efficacy</i> keluarga dengan sosial okupasi klien <i>schizophrenia</i> setelah diberikan terapi psikoedukasi $p < 0,05$</p> | |
|--|--|------------------------------|--|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | <p>2 berfokus pada masalah Kesehatan dan keperawatan yang dialami klien (<i>skizofrenia</i> dan DPD). Pada sesi 3 & 4 dilakukan di minggu ke 2 berfokus pada peningkatan <i>self efficacy</i> keluarga terutama dalam merawat klien dengan diberikan penguatan dan motivasi, serta diberikan buku kerja yang harus diisi oleh <i>caregiver</i> tentang kegiatan sehari-hari dengan bersama klien. Dan kunjungan minggu ke 3 & 4 untuk mengevaluasi dan penilaian <i>efficacy</i> keluarga.</p> | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|------------------|
| <p>Psikoedukasi Meningkatkan Peran Keluarga Dalam Merawat Klien Gangguan Jiwa</p> <p>Masnaeni Ahmad, Zulhaini Sartika A. Pulungan, Hardiyati</p> <p>Jurnal Keperawatan Volume 11 No 3 September 2019, Hal 191 – 198</p> | <p>Tujuan dari penelitian yaitu untuk mengetahui pengaruh psikoedukasi terhadap peningkatan peran keluarga dalam klien gangguan jiwa</p> | <p>Pra eksperimen dengan desain <i>pre - post test without control group design</i></p> | <p>23 responden <i>caregiver</i> dengan salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Intervensi psikoedukasi diberikan 5 sesi, pada sesi 1&2 memberikan informasi terkait masalah yang dihadapi keluarga dan cara merawat atau melakukan perawatan diri kepada anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, pada sesi ke 3 & 4 yang membahas mengenai cara <i>management</i> stress, depresi dan ansietas, dengan indicator keluarga</p> | <p>Psikoedukasi pada keluarga meningkatkan peran keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa.</p> | <p>Indonesia</p> |
|---|--|---|--|--|------------------|

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|------------------|
| | | | <p>mampu berbagi pengalaman kepada anggota kelompok yang lain, pada sesi 5 fokus pada hambatan dan pemberdayaan dari komunitas, disini keluarga dilatih untuk komunikasi yang baik dengan petugas kesehatan (puskesmas). Dan dilakukan pengukuran tingkat kognitif dengan instrument kuisioner.</p> | | |
| <p>Manajemen Kasus Spesialis Jiwa Defisit Perawatan Diri Pada Klien Gangguan Jiwa Di Rw 02 Dan Rw 12 Kelurahan Baranangsiang Kecamatan Bogor Timur</p> | <p>Karya Tulis Ilmiah ini ditulis dengan tujuan untuk mengetahui gambaran <i>management of care</i> kasus spesialis terhadap</p> | <p>Studi serial kasus adalah metode yang digunakan pada penelitian ini.</p> | <p>Terapi diberikan pada 17 responden yaitu 9 orang dengan <i>skizofrenia</i>, 4 penderita retardasi mental dan 4 penderita demensia) yang semuanya mengalami DPD.</p> | <p>Paket terapi ke tiga yaitu <i>Family Psychoeducation</i>, <i>Supportif Theraphy</i> dan <i>Self Help Group</i> efektif untuk keluarga dengan klien devisit</p> | <p>Indonesia</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|
| <p>Dwi Heppy Rochmawati, Budi Anna Keliat, Ice Yulia Wardani</p> <p>Jurnal Keperawatan Jiwa Vol. 1 No. 2 November 2013 Hal 107-120</p> | <p>klien defisit perawatan diri melalui pendekatan Self Care Orem</p> | | <p>Namun penulis tidak menuliskan secara jelas terkait intervensi yang diaplikasikan pada klien dan keluarga seperti apa.</p> | <p>perawatan diri pada <i>Skizofrenia</i></p> | |
|--|---|--|---|---|--|



Menurut penelitian yang dilakukan oleh Snyderman mengatakan jika terapi medis saja tanpa disertai dengan doa dan dzikir, tidaklah lengkap. Sebaliknya doa dan dzikir saja tanpa disertai dengan terapi medis, tidaklah efektif. Hal itu sesuai dengan ajaran islam dimana ketika seseorang menderita penyakit fisik maupun psikis (kejiwaan), diwajibkan atasnya untuk berusaha atau berihktiar untuk berobat pada ahlinya dan disertai dengan berdoa serta berdzikir (H.R Muslim&Ahmad at tarmidzi). dan sebagaimana yang disabdakan Rasulullah bahwa:

مَا أَنْزَلَ اللَّهُ دَاءً إِلَّا أَنْزَلَ لَهُ شِفَاءً

"Tidaklah Allah menurunkan penyakit kecuali Dia juga menurunkan penawarnya."(HR Bukhari). Beberapa usaha atau iktiar yang dapat dilakukan untuk intervensi pada skizofreia atau gangguan jiwa salah satunya yaitu terapi psikoedukasi yang komprehensif kepada keluarga maupun pasien.

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahapan dimana perawat merealisasikan perencanaan atau intervensi keperawatan berupa tindakan kepada keluarga

- 1) Mendiskusikan bersama keluarga mengenai masalah yang dihadapi keluarga selama merawat klien dengan defisit perawatan diri.
- 2) Menjelaskan pentingnya perawatan diri untuk mengurangi stigma
- 3) Mendiskusikan bersama keluarga terkait fasilitas untuk kebersihan diri klien.
- 4) Menganjurkan keluarga supaya berpartisipasi dalam perawatan diri klien yaitu dengan mengingatkan klien dalam merawat diri

- 5) Menganjurkan keluarga untuk memberikan reward atau semacam pujian atas keberhasilan klien dalam merawat diri.
- 6) Melatih keluarga cara yang benar dalam merawat klien dengan defisit perawatan diri

2.4.5 Pedoman Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Keluarga

Tabel 2.2: Pedoman Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Keluarga

| | |
|---------------|--|
| SP 1 Keluarga | Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat klien dengan defisit perawatan diri di rumah <ol style="list-style-type: none"> a. Mendiskusikan tentang masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien dengan defisit perawatan diri. b. Menjelaskan pentingnya perawatan diri untuk mengurangi stigma c. Mendiskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh klien untuk melakukan perawatan diri klien |
| SP 2 Keluarga | Melatih keluarga melakukan cara merawat klien defisit perawatan diri. <ol style="list-style-type: none"> a. Melatih keluarga cara merawat klien dengan defisit perawatan diri b. Menganjurkan keluarga untuk terlibat dalam perawatan diri klien dengan membantu mengingatkan klien dalam merawat diri c. Menganjurkan keluarga untuk memberikan pujian atas keberhasilan klien dalam merawat diri. |
| SP 3 Keluarga | Membuat perencanaan Bersama keluarga |

Sumber : Ah. Yusuf, 2015

2.4.6 Evaluasi

Evaluasi yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa besar keberhasilan yang telah dicapai sebagai *outcome* dari tindakan yang telah dilakukan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan,

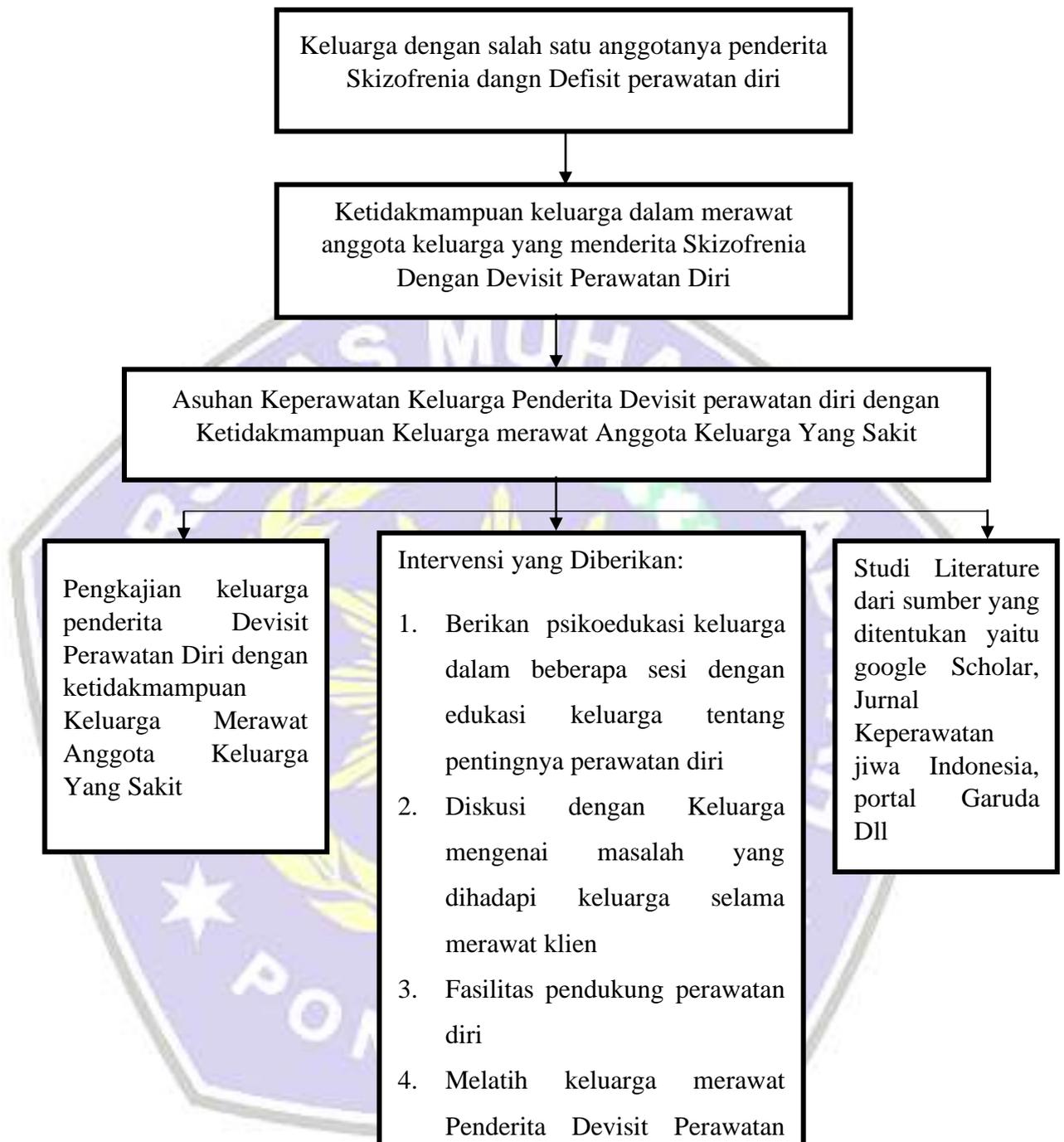
tindakan, dan evaluasi itu sendiri yang dapat di tambah atau diperbaiki. (Ali, 2009). Evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan untuk keluarga dengan klien DPD adalah sebagai berikut:

1. Keluarga mampu

- a. Mampu mengenal masalah perawatan diri pasien dan masalah merawat pasien dengan defisit perawatan diri.
- b. Mengerti tentang pentingnya perawatan diri pada klien defisit perawatan diri.
- c. Mengetahui fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan untuk perawatan diri klien defisit perawatan diri.
- d. Keluarga mampu terlibat dalam proses perawatan diri klien defisit perawatan diri.
- e. Mampu memberikan reward berupa pujian atas keberhasilan klien dalam perawatan diri
- f. Mampu merawat klien dengan defisit perawatan diri.



2.6 Hubungan Antar Konsep



Gambar : 2.3 Hubungan Antar Konsep Asuhan Keperawatan keluarga Pada Penderita *skizofrenia* Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri

